

第 11 回臨床糖尿病セミナー 参加申込書

ご記入の上、下記ファックス番号までご返送ください。

FAX 番号 0859-29-1731

NPO 法人中海エリア糖尿病療養研究機構 事務局宛

ご施設名： _____

ご住所： _____

ご連絡先： _____

お名前（職種） _____（ _____ ） CDEJ・LCDE

お申込み締切日 平成 30 年 3 月 2 日(金)

問い合わせ先

〒683-0846

米子市安倍 200-1

NPO 法人中海エリア糖尿病療養研究機構 事務局

TEL 0859-24-1151